Rok XXXVII. Kraków 9. Lipca 1898. Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O objawie paluchowym

(phénomène des orteils).

Wykład kliniczny w szpitalu »Pitié« w Paryżu

przez

Dra J. Babińskiego.

W dzisiejszym wykładzie pragnę Panów zapoznać z objawem, wykrytym i ogłoszonym przezemnie już przed 2-ma laty, o którym podałem wiadomość Towarzystwu biologicznemu w lutym 1896 r. i o którym nowe szczegóły przedstawiłem na Zjeździe neurologicznym w Brukseli, we wrześniu 1897 [1]).

Objaw ten polega na zmianie odruchu skórnego podeszwowego.

Zanim Panom opiszę tę zmianę, należy powiedzieć słów kilka o prawidłowym odruchu podeszwowym u osób dorosłych; niemi bowiem tylko zajmować się będziemy. Trzeba wiedzieć, że wówczas podrażnienie podeszwy wywołuje zazwyczaj obok innych odruchów, — że wymienię tylko zgięcie w stawie skokowym, kolanowym i udowym, — także zgięcie palców w „art. metatarso-phalangealis", na które szczególnie zwracam Panów uwagę. U niektórych prawidłowych osobników zdarza się wprawdzie, że po podrażnieniu podeszwy, palce nie wykonują żadnego odruchu, przynajmniej na pozór; jednakże w tych przypadkach nigdy nie zdarza się odruchowe wyprostowanie palców (ekstenzya), co jest szczegółem pierwszorzędnej wagi; odnosi się to przedewszystkiem do wielkiego palucha, którego zachowanie się należy tu mieć szczególnie na oku.

Otóż w niektórych stanach chorobowych, po podrażnieniu podeszwy, pojawia się odruchowe wyprostowanie palców. Tę zmianę postaci odruchu podeszwowego nazwałem objawem paluchowym (phénomène des orteils).

Od tego nieprawidłowego różni się jednak odruch prawidłowy wogóle nietylko kierunkiem ruchu (wyprostowanie zamiast zgięcia); najczęściej bowiem odruch wyprostny odbywa się powolniej, niż zgięcie; co więcej, zgięcie bywa zazwyczaj wyraźniejsze w 2 lub 3 ostatnich palcach; natomiast wyprostowanie przeważa w paluchu wielkim lub 2-ch pierwszych palcach. Nadto zgięcie jest zwykle silniejsze po podrażnieniu wewnętrznej strony stopy, niż po podrażnieniu zewnętrznej jej połowy; przy wyprostowaniu zaś rzecz ma się zazwyczaj odwrotnie.

[1]) Prof. Van Gehuchten ogłosił świeżo w »Journal de Neurologie« (poszyt z d. 5. kwietnia 1898) pracę, w której potwierdza spostrzeżenia przedstawione przezemnie na Zjeździe w Brukseli.

Nierzadko także wyprostowuje się odruchowo po podrażnieniu podeszwy tylko wielki paluch lub dwa pierwsze palce, reszta palców zaś natomiast się zgina. I tę odmianę odruchu podeszwowego spotkałem wyłącznie tylko w przypadkach chorobowych.

Natomiast inna odmiana odruchu podeszwowego, polegająca na tem, że palce stopy po podrażnieniu podeszwy raz się wyprostowują, drugi raz zginają, jest dość pospolitą także u osobników zdrowych.

Z kolei wypada pomówić o sposobach, jakich trzeba używać, żeby módz dokładnie zbadać odruchy palców stopy. Jest rzeczą ważną, ażeby przytem mięśnie stopy i podudzia były zupełnie nienapięte i w tym celu dobrze jest nie uprzedzać chorego o zamierzonem badaniu i polecić mu zamknąć oczy. Kończyna powinna być lekko zgięta w stawie kolanowym, a stopa — albo spoczywać na łóżku, dotykając go tylko zewnętrzną swą krawędzią, lub też znajdować się swobodnie w powietrzu w ten sposób, że badający unosi i podtrzymuje podudzie. Gdy już kończyna znajduje się w odpowiedniem położeniu, należy odczekać z podrażnieniem podeszwy, aż mięśnie kończyny zupełnie się zwolnią. Nie jest także obojętnem, czy podrażnienie jest słabe lub silne, czy się tylko poprostu łechce, czy też kłóje podeszwę. Kłócie podeszwy jest niezbędne u niektórych osobników, aby wywołać odruchy palców stopy; u innych jednakże wywołuje ono przeciwnie tak żywe ruchy w różnych odcinkach kończyny dolnej, że dokładne spostrzeganie i rozbiór tych ruchów stają się trudne; w tych przypadkach określenie cech odruchu podeszwowego może nawet stać się niepodobieństwem, lub, jeżeli się je zdoła zauważyć, to jeszcze powstaje pytanie, czy był to odruch, czy też ruch dowolny. Rozstrzygnięcie tego pytania jest rzeczą doniosłą, ponieważ prawie wspominać nie potrzeba, że jeżeli odruch podeszwowy w stanie prawidłowym nigdy się nie objawia wyprostowaniem palców, to jednak wyprostowanie palców po ukłóciu podeszwy mogłoby być skutkiem działania woli; w takich więc przypadkach należy podeszwę ponownie i słabiej podrażniać.

Na wzmiankę zasługuje jeszcze inne źródło błędów w spostrzeganiu. Przy odruchowem zgięciu stawu skokowego po podrażnieniu podeszwy poruszają się oczywiście palce razem z całą stopą; otóż jeżeli, jak się to czasem zdarza, nie pojawia się zgięcie odruchowe palców w „articul. metatarso-phalangealis", wówczas bierny ruch palców wraz z całą stopą ku przedniej powierzchni podudzia może przy nie dość dokładnem spostrzeganiu wywołać złudzenie, że palce się odruchowo w „artic. metatarsophalang." wyprostowały. Aby uniknąć tego błędu, należy ze szczególną uwagą

przyglądać się w czasie badania okolicy „articul. metatarsophalang.“ wielkiego palucha, by zdać sobie dokładnie sprawę z położenia pierwszego członu (falangi) względem kości śródstopia.

Przedewszystkiem przedstawiam Panom szereg osobników prawidłowych, zebranych bez żadnego wyboru, których możecie sami zbadać i u których zdołacie łatwo stwierdzić to, co mówiłem o zachowaniu się odruchu podeszwowego w stanie prawidłowym.

Oto z kolei kilku chorych z objawem paluchowym.

Pierwsza chora dotkniętą jest porażeniem lewej połowy ciała, wywołanem przez organiczne zmiany prawej półkuli mózgowej, a trwającem od 3 lat; porażenie dotyczy kończyny dolnej i górnej, oraz twarzy po lewej stronie i jest znaczniejsze w górnej, niż w dolnej kończynie; z tem wszystkiem ruchy dowolne palców stopy są prawie zupełnie zniesione. Najsłabiej zaznacza się porażenie mięśni twarzy. Chód chorej jest znamienny, chora chodzi kulejąc („en fauchant“), kończyny są przykurczone, a odruchy ścięgniste bardzo wygórowane. Łechcząc prawą podeszwę wywołuje się odruchowe zgięcie palców stopy; połechtanie lewej podeszwy sprawia odruch wyprostny, silniejszy w 2 pierwszych, niż w 3 ostatnich palcach.

Druga chora dotknięta jest porażeniem lewej połowy ciała od lat dwóch. Porażenie to przedstawia te same cechy, co u pierwszej chorej, z tą jedynie różnicą, że ruchy dowolne palców stopy lewej są jeszcze dość swobodne, a pochodzi podobnie, jak tam, z przyczyn niewątpliwie organicznych. I w tym, jak w poprzednim przypadku, stwierdza się prawidłowy odruch podeszwowy po prawej stronie, odruchowe wyprostowanie palców zaś po podrażnieniu podeszwy lewej.

U trzeciej chorej wystąpiło przed rokiem porażenie prawej, a w miesiąc potem porażenie lewej połowy ciała. I tu także odruchy ścięgniste znacznie są wygórowane, istnieje drganie padaczkowate stopy itd., jednem słowem można i tu stwierdzić cały szereg objawów przedmiotowych, świadczących, że przyczyną choroby są zmiany anatomiczne (organiczne). Objaw paluchowy istnieje w tym przypadku po obu stronach, jest jednak wybitniejszy po stronie prawej, po której i porażenie jest znaczniejsze.

Dalsza chora przedstawia obraz „paraplegia spastica“ ze znacznem wzmożeniem odruchów ścięgnistych i drganiem padaczkowatem stopy. W tym przypadku zdaje mi się przyczyną tych objawów być ognisko sklerotyczne (stwardnienia) w okolicy piersiowolędźwiowej rdzenia pacierzowego. Objaw paluchowy jest tu jeszcze wybitniejszy, niż u poprzednich chorych; odruchowe wyprostowanie pojawia się bardzo silnie we wszystkich pięciu palcach.

Piąty z kolei osobnik, jestto mężczyzna dotknięty chorobą Potta; garb zajmuje środkowy odcinek piersiowej części stosu kręgowego. Chory ten przybył na mój oddział przed rokiem i okazywał wówczas, oprócz pewnych zaburzeń ze strony pęcherza moczowego i zwieracza odbytnicy, objawy „paraplegia spastica“ z wygórowaniem odruchów ścięgnistych i drganiem padaczkowatem stóp, wskutek czego przykuty był do łóżka i absolutnie nie mógł stać. Podrażnienie podeszwy wywoływało wówczas zawsze i niezmiennie odruchowe wyprostowanie palców. W dalszym przebiegu choroby niektóre zaburzenia stopniowo ustępowały, i obecnie może chory, jak Panowie widzicie, stać, a nawet zrobić kilka kroków, jednakże wygórowanie odruchów ścięgnistych i drganie padaczkowate stóp utrzymują się dalej. Podrażnienie podeszwy wywołuje obecnie z początku zgięcie palców; jeżeli jednak drażni się podeszwę dalej raz po razu, wówczas po chwili palce wyprostowują się, zamiast się zgiąć.

Ten znów inny chory cierpi na „paraplegia spastica“ pochodzenia kiłowego; u niego również stwierdzamy objaw paluchowy.

U siódmego chorego istnieje połowicze porażenie rdzeniowe (hemiparaplegia spinalis) ze znieczuleniem skrzyżowanem, dotyczącem drugiej strony ciała, a to wskutek postrzału z broni palnej, który obraził rdzeń kręgowy. Po stronie lewej, zajętej przez porażenie spastyczne, pojawia się po ukłóciu podeszwy odruchowe wyprostowanie palców. Po stronie prawej, gdzie istnieją również, lecz w stopniu znacznie niższym, zaburzenia ruchów, zadraźnienie podeszwy wywołuje bardzo nieznaczne wyprostowanie wielkiego palucha.

Jako ósmy w końcu przykład przedstawiam Panom młodą, 26-letnią kobietę, dotkniętą wiądem rdzenia pacierzowego i „meningo-encephalitis diffusa“. Istnienia wiądu pacierzowego dowodzi w tym przypadku zanik tarczy nerwu wzrokowego po stronie prawej, objaw Argyll-Robertsona bóle strzelające, zniesienie odruchów kolanowych, odruchów ścięgna Achillesa i ścięgna mięśnia trójgłowego ramienia; przewłoczne rozlane zmiany opon i kory mózgowej objawiają się zaś przez zaburzenia psychiczne, drżenie warg i języka, znamienne zboczenia mowy. Należy zauważyć, że u tej kobiety kończyny dolne są w istocie stosunkowo słabsze, niż u osobników prawidłowych, lecz, że to osłabienie nie jest zbyt wielkie i że chód prawie się nie zmienił. Objaw paluchowy występuje u tej kobiety nader wybitnie.

Przedstawiwszy Panom szereg chorych, u których stwierdziliśmy objaw paluchowy, pragnę obecnie — opierając się zarówno na tych kilku przykładach, jak i na daleko liczniejszych innych spostrzeżeniach, jakie zgromadziłem od chwili, w której objaw paluchowy zwrócił moją uwagę — wspomnieć kolejno i omówić metodycznie wszystkie te cierpienia, w których można objaw ten spostrzegać.

Przedewszystkiem spotyka się ten objaw w porażeniu połowiczem (hemiplegia), wywołanem przez zmiany organiczne mózgu rozmaitej przyrody i różnego pochodzenia, jak krwotok, rozmiękczyna lub nowotwór i t. p.

W przypadkach, które przed chwilą Panom przedstawiłem, spotkaliśmy się z porażeniem połowiczem, trwającem już długo, w którem istniały przykurczenia (kontraktury) i odruchy ścięgniste były wygórowane. Objaw paluchowy stwierdziłem jednakże także w wielu przypadkach świeżych porażeń połowiczych, w których mięśnie strony porażonej były wiotkie, a odruchy ścięgniste po tej stronie bądź prawidłowe, bądź osłabione, bądź nawet zniesione. I tak na przykład spostrzegałem objaw paluchowy u drugiej z chorych, przedstawionych Panom, już przy pierwszem badaniu w dobę po wystąpieniu porażenia połowiczego; odruchy ścięgniste były wówczas prawie równe po obu stronach; u innej chorej, dotkniętej organicznem porażeniem połowicznem, którą miałem sposobność badać już w godzinę po napadzie udarowym, istniał nader wybitny objaw paluchowy, a odru-

chy ścięgniste były po stronie porażonej bardzo słabe. — Odruchowe wyprostowanie palców stopy wydawało mi się nawet w badanych przezemnie świeżych porażeniach połowiczych zazwyczaj znaczniejsze, niż w starych porażeniach.

Obecność objawu paluchowego zauważyłem dalej w dwóch przypadkach starych, wiotkich porażeń połowiczych, w których odruchy kolanowe były zniesione. W jednym z tych przypadków porażenie dotyczyło lewej strony ciała i trwało od lat trzech; mięśnie kończyny dolnej były zupełnie wiotkie, w kończynie górnej istniało lekkie przykurczenie; zarówno odruchów kolanowych, jak i odruchów ścięgna Achillesa brakowało po obu stronach; odruch ścięgnisty mięśnia trójgłowego ramienia był prawidłowy po prawej, wygórowany po lewej stronie; chory ten cierpiał kilkakrotnie na bóle strzelające; prawa źrenica była węższa od lewej. Prawdopodobnie istniało w tym przypadku skojarzenie zmian w korzonkach tylnych rdzenia ze zmianą anatomiczną prawej półkuli mózgowej, która wywołała ze swej strony zwyrodnienia wtórne. W drugim przypadku chodziło o chorą, cierpiącą niewątpliwie na wiąd rdzenia, jak tego dowodziły bóle strzelające, zaburzenia pęcherzowe, objaw Robertsona, brak odruchów kolanowych, odruchów ścięgna Achillesa i odruchów ścięgnistych mięśnia trójgłowego ramienia; u chorej tej wystąpiło nagle porażenie lewej połowy ciała. Objaw paluchowy istniał u tej chorej od początku porażenia; w dwa miesiące potem, gdy porażenie pozostało wiotkiem, a odruchy ścięgniste były zniesione tak samo, jak na początku, — wówczas podrażnienie podeszwy wywoływało podobne odruchowe wyprostowanie palców, jak w pierwszym dniu porażenia.

Wybitność objawu paluchowego nie stoi w prostym stosunku do stopnia porażenia; przeciwnie, objaw ten bywa bardzo wyraźny w niektórych przypadkach, w których porażenie połowicze jest nieznaczne i w których dowolne ruchy palców stopy nie są zbyt upośledzone; z drugiej zaś strony może być ten objaw bardzo nieznaczny, lub nawet może go zupełnie brakować w przypadkach bardzo wybitnych porażeń.

Po stronie nieporażonej bywa odruch podeszwowy wogóle prawidłowy; niekiedy jednak spostrzegałem i po tej stronie objaw paluchowy, jakkolwiek w każdym razie mniej wybitny, niż na stopie porażonej.

U jednej z chorych, dotkniętej od lat kilkunastu porażeniem połowiczem spastycznem, zauważyłem następujący ciekawy stan: podrażnienie podeszwy strony porażonej wywoływało po tej stronie wyprostowanie palców; podrażnienie podeszwy strony zdrowej zaś wywoływało nietylko zgięcie palców po stronie zdrowej, ale także również zgięcie po stronie porażonej.

Spostrzegałem dalej objaw paluchowy w kilku przypadkach porażenia ogólnego postępującego („meningo-encephalitis diffusa“); w przypadkach tych istniało równocześnie znaczne osłabienie kończyn dolnych, a odruchy ścięgniste były wygórowane. Ostatnia chora, którą Panom przedstawiałem, stanowi pod tym względem wyjątek, bo, jak to stwierdziliśmy, osłabienie kończyn dolnych jest u niej bardzo nieznaczne, a odruchy ścięgniste są zniesione; coprawda, w tym przypadku istnieje skojarzenie „meningo-encephalitis diffusa“ z wiądem rdzenia pacierzowego.

Objaw paluchowy zauważyłem także w jednym przypadku padaczki częściowej. Chory, o którym mówię, przebywał napady padaczki Jacksonowskiej, w których drgawki zajmowały lewą stronę ciała; badając chorego bezpośrednio po jednym z napadów, spostrzegłem, że podrażnienie podeszwy wywoływało wyprostowanie palców po stronie lewej; pomiędzy napadami był odruch podeszwowy prawidłowy i nie było żadnych zboczeń w zakresie ruchów po lewej stronie ciała.

Widziałem również występowanie objawu paluchowego w jednym przypadku zapalenia opon mózgordzeniowych, wywołanego przez pneumokoki, i w jednym przypadku zatrucia strychniną; u obu tych chorych istniały w kończynach dolnych przykurczenia, wygórowanie odruchów ścięgnistych i drganie padaczkowate stopy. Zatrucie strychniną zakończyło się wyzdrowieniem, a odruch podeszwowy powrócił w dwie doby mniej więcej od początku objawów zatrucia do stanu prawidłowego.

W przypadkach porażeń spastycznych pochodzenia rdzeniowego, bez względu na ich przyczynę, czy jest nią uraz lub ucisk rdzenia wskutek choroby Potta, czy też zapalenie rdzenia i jego opon (meningomyelitis), zapalenie rdzenia poprzeczne (myelitis transversa), ogniskowe stwardnienie rdzenia (sclerosis disseminata), syringomyelia lub wreszcie „sclerosis lateralis amyotrophica“, — spostrzega się często objaw paluchowy; w przypadkach tego rodzaju jest on zazwyczaj wybitniejszy, niż w porażeniach połowiczych pochodzenia mózgowego.

Objaw ten zdarza się również w niektórych przypadkach wiotkich paraplegii z osłabieniem lub zniesieniem odruchów ścięgnistych. Stwierdziłem go dalej po stronie porażonej w jednym przypadku porażenia połowiczego pochodzenia rdzeniowego ze skrzyżowanem znieczuleniem, które powstało wskutek urazowego przecięcia połowy rdzenia w środkowym odcinku części piersiowej; w przypadku tym spostrzegłem objaw paluchowy w 15 godzin po urazie; mięśnie strony porażonej były wiotkie, a odruchy ścięgniste po tej stronie zniesione.

W końcu zauważyłem objaw paluchowy w kilku przypadkach choroby Friedreicha.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O fenokolu, analgenie, chinopirynie i euchininie, jako środkach przeciwzimniczych

podał

Dr. Ksawery Lewkowicz,
asystent kliniki.

Wyniki, które otrzymujemy po zastósowaniu chininy przy zimnicy, tak przewyższają wszystko, co się zresztą w chorobach wewnętrznych da zapomocą leków osiągnąć, że posiadanie w odwodzie innych środków przeciwzimniczych mogłoby się wydawać zbytecznem. Jednak, obok wszystkich swych zalet, które ją stawiają na czele leków swoistych i przyczynowo działających, ma także chinina i wady. Pomijając już objawy właściwego zatrucia po użyciu dawek wysokich, wspomnieć tu muszę o całym szeregu niepożada-

nych objawów ubocznych, nieraz znacznego nasilenia, a pojawiających się nie tak rzadko przy średnich dawkach leczniczych. Należą tu przedewszystkiem różne objawy nerwowe: odurzenie chininowe, szum w uszach, częściowa lub całkowita, krócej lub dłużej trwająca, głuchota lub ślepota. Rozmaitego rodzaju wysypki skórne, połączone niekiedy z obrzękami, z dolegliwem świerzbieniem skóry i następowem łuszczeniem się przyskórka, występują stale u pewnych osób z przyczyn bliżej nieznanych, nawet po zastósowaniu dawek nieznacznych (0,10 — 0,15). W praktyce wreszcie dziecięcej stoi często na przeszkodzie w podawaniu chininy jej smak gorzki, nie dający się niczem usunąć. Dzieci bronią się przed przyjęciem leku, a zmuszone do zażycia, dostają wymiotów; innym razem znów matki odstawiają samowolnie lek gorzki i czynią jeszcze lekarzowi wyrzuty, że mógł go dziecku przepisać.

Wszystkie to ujemne własności chininy usprawiedliwiają niezawodnie poszukiwania za środkami zastępczymi. Nowoczesna chemia podała też cały szereg związków wrzekomo wolnych od wad chininy, a mogących z nią współzawodniczyć co do skuteczności leczniczej. Rozporządzając w klinice pedyatrycznej, dzięki uprzejmości prof. Jakubowskiego, znacznym materyałem odpowiednich chorych, postanowiłem wypróbować kilka z tych leków, przyczem w doświadczeniach kierowałem się nietylko spostrzeganiem klinicznem, lecz i często powtarzanem badaniem krwi.

Wyniki doświadczeń streszczam poniżej.

I. Chlorek fenokolowy.

Akcyjna fabryka chemiczna w Berlinie (przedtem firma E. Schering) otrzymała przez wprowadzenie do fenetydyny rodnia kwasu amido-octowego, czyli glikokolu połączenie o własnościach fenacetyny, ale łatwiej od niej rozpuszczalne. Związek ten, nazwany fenokolem, łączy się z kwasami i tworzy odpowiednie sole. Jedną z nich jest chlorek fenokolowy.

$C_6H_4 \langle {}^{OC_2H_5}_{NH_2}$	CH_2NH_2 — $CO{-}OH$	$C_6H_4 \langle {}^{OC_2H_5}_{NH(NH_2 \cdot CH_2 \cdot CO)HCl}$
fenetydyna	glikokol	chlorek fenokolowy

Jest to proszek krystaliczny, biały, zapachu słabo aromatycznego, smaku słonogorzkawego, rozpuszczalny w 20-tu częściach wody. Dawka dzienna wynosi 3—6 gramów. Doświadczenia Hertela, Herzoga i innych wykazały, że niema on, w stosunku do fenacetyny, żadnych szczególniejszych zalet, jako środek przeciwgorączkowy, przeciwgośćcowy, lub przeciwbólowy. Dopiero publikacya prof. Albertoniego z Bolonii [1]) nadała mu nowy rozgłos, gdyż lek ten miał się okazać dzielnym środkiem przeciwzimniczym. Spostrzeżenia Albertoniego potwierdził cały szereg autorów, mianowicie włoskich, jak Cucco, Dall'Olio, Cerna, Arcangelo, Vinzenzi i inni. Mimo, że nie braknie i głosów przeciwnych, jak de Angelis-Mangana [2]), a w ostatnim czasie Ziemanna [3]), przeważa zdanie korzystne dla leku, a w podręczniku Loebischa [4]) znajdujemy o nim bardzo pochlebny artykuł.

Doświadczenia moje tyczą się wyłącznie trzeciaczki i wykonane były na 9-ciu przypadkach w lecie roku 1896. Trzeciaczka nadaje się do podobnych prób wybornie, z powodu krótkości trwania rozwoju i wrażliwości pasorzyta. Po zastósowaniu dostatecznych dawek chininy, a nawet jednej średniej dawki, liczba pasorzytów we krwi z palca szybko się zmniejsza, a po 24—48 godzinach spada do zera. Szybciej jeszcze, bo w przeciągu doby, zostają usunięte napady.

Otóż po podawaniu fenokolu, nawet w znacznych dawkach i przez czas dłuższy, nie mogłem w żadnym przypadku stwierdzić ustąpienia pasorzytów ze krwi chorego, lub choćby poważniejszego zmniejszenia ich liczby. Zato na napady zimnicze wywierał fenokol w przeważnej liczbie przypadków, choć nie we wszystkich, wpływ wybitny. Za przykład posłużą następujące spostrzeżenia.

P. B., lat $1^1/_4$, ciężar ciała 7.150, napady zimnicze codzienne, ciepłota do 40^0, we krwi pasorzyty trzeciaczkowe. Dnia 17/VII. zaczęto podawać fenokol, 3 razy dziennie po 0,30, co odpowiadałoby u dorosłego dawce 9 grm na dobę. Napady już się nie pojawiły i stan bezgorączkowy trwał tak długo, jak stósowano leczenie. 24/VII. wystąpiły jednak wymioty, co było powodem odstawienia leku. Zaraz w następnych dniach 26 i 27/VII. pojawiły się wzniesienia gorączkowe do $37 \cdot 8^0$ i $39 \cdot 3^0$ tak, że musiano ostatecznie zwrócić się do chininy.

P. M. lat 8, c. ciała 18.400, napady codzienne, ciepłota dochodziła do 40^0 i paru dziesiętnych, we krwi pasorzyty trzeciaczkowe. Od 27/V. podawano fenokol, w dwóch pierwszych dniach raz, w następnych 3 razy, dziennie po 0,40. Już pierwszego dnia ciepłota wzniosła się tylko do $38 \cdot 4^0$, a w następnych był stan bezgorączkowy. Od piątego dnia leczenia (31/V.) zaczynają się jednak znowu codziennie pojawiać napady coraz silniejsze i w końcu dosięgają dawnego natężenia mimo, że dawkę podniesiono do 1,80 na dobę ($3 \times 0,60$), co odpowiadałoby u dorosłego dawce 7-mio gramowej.

M. G., lat 5, c. ciała 13.900, napady z torem trzeciaczkowym, i wzniesieniami $40 \cdot 8^0$. Od 10/VI. podawano fenokol 3 razy dnia po 0.30. Napady w tym przypadku nietylko nie ustąpiły, ale pojawiły się nawet w dniach dotychczas od nich wolnych tak, że powstał tor codzienny. Jako jedyny wpływ dodatni można było zauważyć obniżenie ciepłoty wśród napadów do $39 \cdot 7^0$.

Z klinicznego zatem przebiegu, podobnie jak z wyników badania krwi okazuje się, że fenokol, jeżeli w ogóle usuwa napady, to działa jedynie objawowo, a nie jest w stanie usunąć zakażenia. Zarzut podnoszony przez zwolenników fenokolu, że i chinina w pewnych przypadkach zimnicy zawodzi, nie wytrzymuje wcale krytyki. W okolicach zimniczych tak często przecież rozpoznaje się jako zimnicę to, co do niej stanowczo nie należy. Odkąd na klinice pedyatrycznej przyjęliśmy za zasadę, że tylko te przypadki uznaje się za zimnicę i w tych przystępuje do podawania chininy, w których się stwierdzi we krwi pasorzyty zimnicze, odtąd nie mieliśmy ani jednego przypadku, gdzieby leczenie chininowe okazało się bezowocnem. Przypadki zaś, gdzie jedynie na podstawie gorączki przepuszczającej, choćby o torze zbliżonym do trzeciaczkowego i na podstawie obrzęku śledziony, podejrzywaliśmy zimnicę, a gdzie badanie krwi wypadło ujemnie, zawsze, przy dłuższej obserwacyi, okazywały się czem innym, a nie zimnicą. Skutki leczenia chininą występują przy zimnicy z matematyczną prawie pewnością. Pasorzyty trzeciaczkowe znikają ze krwi, jak już wspomniałem w ciągu 1—2 dni, czwartaczkowe w ciągu dni kilku,

---

[1]) La rifor. med. 1892. N. 3. Ref. Centrbl. für Bakteriol. tom XI. 577.

[2]) La rif. med. 1893. N. 22 i 1894. N. 84 i 85. Ref. Centr. f. B. tomy XIV. 29. i XVII. 687.

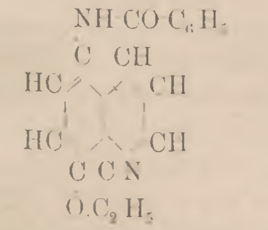
[3]) Dtsch. med. Woch. 1898. N. 8.

[4]) Die neueren Arzeneimittel. Wien 1895. 239.

półksiężyce mogą się utrzymywać przez 2—3 tygodni. Napady gorączkowe ustępują przy trzeciaczce i czwartaczce w ciągu doby, przy długoodstępowych gorączkach, zależnych od rozwoju półksiężyców, w ciągu dni co najwyżej pięciu. Z naszego, bardzo licznego i różnorodnego, materyału klinicznego wynikałoby więc, że niema gorączki zimniczej, któraby się mogła opierać działaniu chininy dłużej, jak przez dni kilka.

II. Analgen.

Analgen wytworzony został przez Visa. Jego nazwa chemiczna brzmi: *ortho-aethoxy-ana-monobenzoylamidochinolinum.*



Jestto biały krystaliczny proszek, nierozpuszczalny w wodzie, bez smaku.

W ustroju ulega rozkładowi, częściowo zaś, po odszczepieniu kwasu będźwinowego i połączeniu się z kwasem moczowym, przechodzi do moczu, nadając mu barwę krwawo-czerwoną.

Loebel i Vis [5]) wprowadzili go pierwotnie do terapii, jako środek przeciwbólowy i przeciwgorączkowy i, jako taki, był on stosowany przez wielu autorów z mniejszym lub większym skutkiem. Niespełna przed rokiem prof. Scognamiglio z Neapolu [6]) zalecił go zaś do leczenia zimnicy, opierając się na 40 spostrzeżeniach. Dawka wynosi 0·5—1·5 trzy razy dziennie.

Ja podawałem analgen tylko w jednym przypadku czwartaczki, wynik leczenia był jednak tak uderzająco ujemnym, że dalszych prób zaniechałem.

J. D. lat 5, ciężar ciała 15,000, napady gorączkowe w dniach 12, 15 i 18/XI. 1897, ze wzniesieniami ciepłoty do 39·2, 40·0 i 40·7° Po ostatnim napadzie znaleziono około 12 pasorzytów na 10.000 ciałek czerwonych (50 pól widzenia). Dnia 19/XI. zaczęto podawać analgen 2 razy dnia po 0·5 i odstawiano go tylko w tych dniach, kiedy się miały pojawić napady, aby wykluczyć działanie przeciwgorączkowe. Otóż napady nie zostały usunięte. W dniu 21/XI. gorączka 40·6° utrzymywała się dłużej, aniżeli przy poprzednim napadzie, zaś 24/XI dosięgła 41·2°. Ilość pasorzytów we krwi nietylko się nie zmniejszyła, ale znacznie wzrosła i wynosiła po pierwszym napadzie 20, po drugim 25 na 50 pól widzenia. Podano ostatecznie euchininę.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

O wartości odżywczej i leczniczej mleka, a w szczególności krakowskiego mleka potrójnego i podwójnego

podał

Dr. Roman Rencki,

asystent kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

Wychodząc z zasady, że dobre mleko w wielu przypadkach chorobowych należy uważać już nietylko jako dobre pożywienie, ale często jako środek leczniczy, nadający się dobrze do użytku szpitalnego i klinicznego (tem więcej, że do zakładów tych dostarczane mleko nie zawsze celuje dobrocią, a dowodem tego kilkakrotne badania mleka dla chorych w klinice lekarskiej lwowskiej, wykazujące zawartość tłuszczu 1·7—1·9%), przedsięwziąłem na polecenie prof. Gluzińskiego szereg prób z mlekiem wielokrotnem, podając je chorym stałym kliniki lekarskiej. Podawanie mleka tego nie napotykało na trudności, albowiem filia lwowska firmy mleczarni p. Dobrzyńskiej ofiarowała się dostarczać bezinteresownie dowolną ilość zapotrzebowanych flaszek (15—20 dziennie) przez nieograniczony czas, co z całem uznaniem podnieść tu należy.

Mleko wielokrotne dostarczane bywa w ½ litrowych flaszkach, a na żądanie mleczarnia dostarcza go i w ilościach mniejszych (250 grm.); szczelne zamknięcie flaszek chroni go od zanieczyszczenia. Badania kilkakrotne dostarczanego mleka na zawartość tłuszczu zapomocą butyrometru Gerbera, wykazują nieznaczne tylko wahania; ilość tłuszczu w mleku potrójnem wynosi 9·9%—10·1% czyli średnio 10%; w podwójnem 6·7—6·8%. Badania bakteryologiczne, jakie od czasu do czasu przedsiębrano, wykazały skąpą tylko ilość bakteryj w 1 sześc. ctm. (30—70) w mleku jednorazowo wyjałowionem, a płytki z mlekiem dwukrotnie wyjałowionem okazały się zupełnie jałowe. Jak dobrze przechowuje się to mleko, świadczą o tem próby z mlekiem stojącem od 2-ch tygodni: mleko to okazało się zupełnie niezmienionem w smaku, a przytem wolnem od drobnoustrojów.

Chorym podawano mleko przeważnie potrójne, używając podwójnego tylko w pierwszych dniach, lub wyjątkowo osobom, które go chętniej przyjmowały. Część chorych, pijących mleko, dostawała nadto swą zwykłą dyetę dzienną, inni pozostawali często prawie na wyłącznej dyecie mlecznej (*ulcus ventriculi*, gorączka), czasami tylko z dodatkiem jaj lub somatozy. Liczba chorych, użytych do spostrzeżeń wynosiła 30, a mleko podawano przez przeciąg 2—7 tygodni. Przy piciu zwracano uwagę chorych na to, by pili mleko powoli, t. j. szklankę w przeciągu 5—10 minut. Wagę ciała oznaczano 2 razy tygodniowo, a stolec od czasu do czasu oglądano.

Przystępując do zestawienia wyników klinicznych, dla zwięzłości ograniczę się do podania przypadków wybitniejszych, zwłaszcza tych, w których mleko podawane było przez czas dłuższy.

Siedm przypadków, odnoszących się do osobników bądź zdrowych, bądź dotkniętych cierpieniami, nie wymagającemi specyalnej dyety, otrzymywało przez 10 do 14 dni, obok pożywienia, z początku po 1, a później po 2 flaszki podwójnego lub potrójnego mleka. Wszyscy bez wyjątku chętnie napój ten przyjmowali, znosili go dobrze, nie doznając żadnych przypadłości ze strony narządu pokarmowego. Stolce (1—2 dziennie) przedstawiały się prawidłowo. U tych wszystkich, u których, przy poprzedniej zwykłej dyecie, ciężar ciała utrzymywał się w równowadze, znaleziono wśród picia mleka stały przybytek 400—700 grm. tygodniowo.

W gruźlicy płuc podawano mleko krakowskie czterem chorym. Jeden z wysiękiem opłucnowym i stanem gorączkowym znosił bardzo dobrze 2 flaszki mleka podwójnego dziennie.

Franciszek L. (*Tub. pulm.*) pił od kwietnia 2 flaszki potrójnego, a od 15/IV. do tej pory 3 flaszki, z dodatkiem wody wapiennej, łyżkę do szklanki mleka; znosił dobrze obok dawnej dyety, miewał prawidłowe stolce, przybytek na wadze średnio 850 grm. tygodniowo.

---

[5]) Dtsch. med. Woch. 1892. Nr. 4.
[6]) Heilkunde 1897. X.

Wiktorya H. (*Tub. pulm.*), stan podgorączkowy, mały ale stały spadek ciężaru ciała. Od 2/3—1/IV. znosiła dobrze 2 flaszki mleka potrójnego; od 1/4 aż do tej pory 3 fl.; od 6/IV.—8/IV. wystąpiły przelewania w jelitach. rozwolnienie (3); wśród tego zmniejszono ilość mleka do 1 flaszki; od 9/IV. ponownie nadal 3 fl. z dodatkiem 1 łyżki wody wapiennej do szklanki mleka. znosiła b. dobrze, 1 stolec dziennie prawidłowy, ogólny przybytek na wadze 4$^1/_2$ kgm., przeciętnie 750 grm. tygodniowo.

Julian H. (*Tub. pulm. pleuritis sicca* pozostaje w klinice od 10 listopada r. z. Stale tracił na wadze do 6 marca; odtąd pił z początku po 1, później po 2 flaszki mleka potrójnego, do końca marca.

Przez kilka dni podawano 3 flaszki, lecz wystąpiły kruczenia w brzuchu i lekka biegunka, która po odjęciu 1 flaszki do końca nie pojawiła się. W 3-cim tygodniu doznał chory uczucia przesycenia, łaknienie do zwykłych potraw zmniejszyło się. Zaradzono temu w ten sposób, że mleko podawano dopiero wieczorem po wyczerpaniu dyety klinicznej. Łaknienie powróciło, stolec 1 dziennie, prawidłowy; ogólny przybytek na wadze wynosi 2 kgm.

Dwa przypadki podostrego zapalenia nerek, prawie wyłącznie pozostające na dyecie mlecznej, (mleko, kaszka na mleku, jaja), przebiegały korzystnie, a ciężar ciała zmniejszał się niestosunkowo do ustępującej dużej opuchliny.

W przewlekłym nieżycie jelit (2 przyp.) 2 flaszki dziennie mleka potrójnego znosili chorzy dobrze; jeden z nich z obfitą biegunką szybko się poprawiał, a przybytek na wadze wynosił 1 kgm. tygodniowo.

Przypadek płonicy (1). Chory znosił dobrze 2, a później 3 flaszki mleka potrójnego, — choroba przebiegała bez powikłań.

Ciekawym jest łagodny przebieg duru brzusznego:

Marya O. pozostaje na następującej dyecie: 2 razy winna polewka, 3 flaszki mleka potrójnego z dodatkiem 3-ch łyżeczek somatozy dziennie. Liczba stolców zmniejszyła się z 6-ciu na 3, a ciężar ciała, po spadku gorączki, nie tylko nie podupadał, jak się to dziać zwykło zazwyczaj w pierwszych dniach, ale owszem stale się podnosił, wykazując w 2 tygodniach pogorączkowych przyrost wagi 2$^1/_2$ kgm. Korzystnym bardzo był wynik podawania mleka (2 flaszki potrójnego) u rekonwalescenta po *dermatomyositis infectiosa* (Kazimierz P.), gdzie również nie wystąpiły żadne przypadłości, a przybytek na wadze wynosił 2 kgm. tygodniowo.

To samo powiedzieć można o wyniszczeniu (2 przyp.), gdzie u jednej chorej przyrost ciężaru ciała wynosił 1 klgm. tygodniowo. a drugą, z powodu zupełnego braku łaknienia, tylko 2 flaszki dziennie mleka potr., z dodatkiem somatozy, utrzymywały przez dłuższy czas przy życiu.

W zwężeniu nowotworowem jelita cienkiego (1 przypadek) zanotowaliśmy przy wyłącznej dyecie mlecznej i 4 jajach dziennie, podniesienie się ciężaru w przeciągu 3 tygodni o 1 kgm. 200 grm.

Pięciu chorych, dotkniętych zimnicą, dobrze znosiło to mleko (2 flaszki potr.) przez dłuższy czas. a pomimo kilkunastodniowego stanu gorączkowego, ciężar ciała stale się podnosił, przyrost tygodniowy wynosił 500—800 grm.

Korzystnie przebiegały wrzody żołądka (4 przyp.), gdzie chorzy przez czas dłuższy znosili bez zaburzeń dziennie 3, a nawet 4 flaszki, mleka potrójnego. W 2 z nich (Rebeka S., Katarzyna K.) wśród podawania 3 fl. mleka potr., oraz 4 jaj dziennie, przez czas dłuższy ciężar ciała utrzymywał się na tej samej wysokości. 3-ci przypadek dotyczy Karola W. (*ulc. ventr. sten. pyl. gastrect.*), który po raz drugi zgłosił się do kliniki, celem poddania się proponowanej mu dawniej operacyi. Dla podniesienia podupadłego odżywienia podawano mu przez 3 tyg., z początku 3, a później 4 flaszki mleka potr., oraz 4—6 jaj dziennie. Dyetę tę znosił bardzo dobrze, bóle i wymioty ustąpiły, zaległości naczczo w żołądku było bardzo mało, stolec prawidłowy, 1 dziennie. Przybytek na wadze 3 kgm. Chory z powodu znacznej poprawy, i tym razem nie zgodził się na zabieg operacyjny.

Aleksander B. (*ulc. ventr.*) przyjęty na klinikę 6/IV., okazuje liche odżywienie, niedokrewność, wagę ciała 49 kgm.

Dyeta: 3 flaszki mleka potr., bulion, 6 jaj, sucharki. Znosi bardzo dobrze, a od 14/IV. dopraszał się o 4-tą butelkę i odtąd pije 4 flaszki dziennie z dodatkiem 1 łyżki wody wapiennej na szklankę mleka. Bóle wkrótce ustąpiły, stan ogólny był bardzo dobry, stolec prawidłowy, raz na dobę. Ciężar ciała 20 kwietnia wynosił 52·1 kgm. czyli przyrost przeciętny tygodniowo około 1$^1/_2$ kgm.

Z powyższego zestawienia przekonujemy się, że przeważna część chorych znosi dobrze mleko podwójne i potrójne, nawet przez przeciąg kilku tygodni, w ilości do 2-ch litrów dziennie. Dla dobrego smaku piją go wszyscy chętnie, a nieznaczne przypadłości zdarzają się tylko wyjątkowo przy użyciu większej ilości mleka potrójnego. Z tych podnieść tu musimy przelewanie i kruczenie w brzuchu, jakie u 2-ch naszych chorych się pojawiły. Przyjmując te ujemne strony rzeczywiście za wynik działania podawanego mleka, — być może, że były one następstwem czy to działania cukru mlekowego, czy obfitej ilości tłuszczu, — to przecież i one schodzą na plan drugi wobec tej przeważającej liczby chorych, która mleko dobrze znosiła. Zresztą w obu przypadkach, po zmniejszeniu tylko ilości mleka, biegunka ustąpiła i nie pojawiła się więcej, odkąd zaczęto dodawać wodę wapienną do mleka. Pouczeni tem doświadczeniem, dodawaliśmy częściej wody wapiennej, która rzeczywiście ułatwia znoszenie mleka. Działa ona do pewnego stopnia odkażająco a więc ograniczyć może przypuszczalne kiśnienie mleka, a w danym przypadku zobojętnia wytworzony kwas mlekowy. Stąd zaleca się bardzo, zwłaszcza u osób skłonnych do biegunki, dodatek 1—2 łyżek wody wapiennej do jednej szklanki mleka potrójnego lub podwójnego, szczególnie gdy zamierzamy podawać go w większej ilości.

W jednym z naszych przypadków (Julian H.) wystąpiło po pewnym czasie i to już przy używaniu dziennem 2-ch flaszek mleka potr., uczucie przesycenia tak, że chory zwykłej przepisanej sobie strawy nie mógł w całości spożywać. Objaw to również niekorzystny, zwłaszcza gdy nam zależy, jak właśnie w tym przypadku gruźlicy, na wzmożonem żywieniu chorego. Lecz i te niedogodności usunęliśmy w ten sposób, że podawaliśmy przez cały dzień zwykłą dyetę, a mleko dopiero pod wieczór, polecając wypijać ilość przeznaczoną (2 flaszki) z przerwami i powoli aż do uśnięcia, a w razie niewypicia i w nocy. Chory ten rzeczywiście nazajutrz cieszył się dobrem łaknieniem.

Obok łatwości, z jaką chorzy mleko to znoszą, widnieje z zestawienia naszej liczby przypadków i wielka jego wartość odżywcza. Ten stały, a nieraz bardzo wybitny przybytek na wadze, w przypadkach, w których zwykła dyeta nie mogła podnieść odżywienia, świadczy o łatwem przyswajaniu zawartych obficie składników mleka, co potwierdzają i ciągłe badania stolców, nie przedstawiających makroskopowo ani mikroskopowo żadnych nieprawidłowości.

Wielką zaletą mleka tego jest ta również okoliczność, że możemy go, jako nadmiar pożywienia wprowadzać przy niezmienionej dyecie stałej, co zawdzięczyć należy konsystencyi płynnej tego pokarmu, a co w tych przypadkach, gdzie zależy nam na wzmożonem żywieniu, nawet tuczeniu ustroju, jest niesłychanie wielkiej wagi.

Wreszcie ten szeroki zakres stosowania mleka, brak wszelkich przeciwskazań przy umiejętnem podawaniu go, przemawia stanowczo na jego korzyść i dlatego to powinno ono znaleźć powszechne zastosowanie.

Zbierając razem wyniki naszych spostrzeżeń, możemy na ich podstawie wydać następujący sąd:

1. Krakowskie mleko potrójne i podwójne, przyrządzane według wskazówek prof. Dra Jaworskiego przez mleczarnię krakowską p. E. Dobrzyńskiej, jest napojem o stałej a wielkiej wartości odżywczej, a jako dwukrotnie wyjało-

wione, chroni ustrój od nabycia tą drogą chorób zakaźnych; może być przez czas dłuższy przechowane, nie tracąc na smaku i wartości odżywczej.

2. Przeważna część chorych znosi go chętnie i dobrze w ilościach nawet 2-ch litrów dziennie, nie doznając żadnych przypadłości. Sernik mleka tego ścina się w żołądku w postaci bardzo delikatnych strzępów, tworząc płynną, do śmietany podobną zawiesinę, a opuszcza żołądek w przeciągu 1½ godziny.

3. We wszystkich, przez nas obserwowanych przypadkach, mleko wielokrotne wpływa korzystnie na ciężar ciała chorych, a przybytek na wadze waha się pomiędzy 0·4 a 2·0 kgm.; przeciętnie 0·75 kgm tygodniowo.

4. Mleko to nadaje się do zastósowania w rozlicznych stanach chorobowych, nie znajdując z powodu swej własności niedraźnienia narządów, żadnych prawie przeciwwskazań; nadaje się szczególnie w chorobach narządu pokarmowego, nerek, w chorobach zakaźnych i w. i.

5. Celem zwiększenia ilości substancyj białkowatych mleka wielokrotnego, w przypadkach, gdzie zależy nam na ścisłej dyecie mlecznej, można go z korzyścią podawać z somatozą (3 łyżeczek dziennie), a u osobników z nader wrażliwym przewodem pokarmowym, dodatek 1—2 łyżek wody wapiennej na szklankę mleka przyczynia się do łatwiejszego znoszenia.

IV. **Oceny i sprawozdania.**

Dr. Moraczewski: **Przemiana materyi w raku i bladaczce.** (Stoffwechseluntersuchung bei Carcinom u. Chlorose). *(Zeitschrift für klinische Medicin. Band 33, Heft 5 u. 6).* p. 1.

Autor starał się wykazać, że niedokrewność, bez względu na jej pochodzenie, wywołuje jednakie zmiany w ustroju.

Poddał on doświadczeniu siedem pacyentek, z których najmniej niedokrewna miała 85% hemoglobiny, a największej niedokrewna 25%. Cztery chore cierpiały na raka (85%, 50%, 35%, 25% H.), trzy na bladaczkę (60%, 40%, 25% hemoglobiny). Pożywienie było mniej więcej jednakie.

Okazało się, że im większy jest stopień niedokrewności, tem więcej ustrój zatrzymuje chloru, tem bardziej krew obfituje w chlorki. Możnaby ztąd wnosić, że wszystkie tkanki, nietylko krew, są w bladaczce „przesolone" i tem objaśniać wielkie ilości zatrzymanego chloru, który w żaden sposób pomieścić by się nie mógł ani we krwi samej, ani tem bardziej w nowotworze. Ostatniemu mniemaniu przeczy wreszcie zatrzymanie chloru w bladaczce, która nie jest sprawą nowotworową.

Wapno zachowaniem swem przypomina chlor, zarówno co do zatrzymania w ustroju, jak i co do nagromadzenia we krwi; fosfor zaś gra zupełnie przeciwną rolę, to jest wydzielany bywa tem obficiej, im silniejsza niedokrewność i zmniejsza się we krwi w prostym stosunku do zawartości hemoglobiny.

W dalszym ciągu zauważono, że mniejszy stopień niedokrewności w raku wywołuje zmiany, które dopiero przy wyższym stopniu niedokrewności w bladaczce stwierdzić się dadzą. Naprzykład 25% hemoglobiny w bladaczce mniejsze wywołuje zmiany, niż 35% w raku.

W drugiej części swej pracy badał autor wpływ soli mineralnych, przyczem poddawał doświadczeniu chlorek sodowy i potasowy, fosforan sodowy, fosforan wapniowy, jako sole tkankotwórcze, — a azotan srebrowy — jako sól wiążującą chlor.

Wyniki były następujące: Chlorek sodowy w każdym przypadku niedokrewności zmniejsza rozkład białka, zatem i wydzielanie azotu. Podobnież wpływać może chlorek potasowy; natomiast wyżej wspomniane chlorki nie dadzą się zastąpić przez fosforan sodowy. Rola oszczędzania azotu przypada tym razem chlorkom, a nie sodowi, wbrew przypuszczeniu Biernackiego i innych. Fosforan wapniowy zachowuje się podobnie jak chlorki: oszczędza azot, zmniejsza jego wydzielanie. Azotan srebrowy wywołuje zatrzymanie chloru w ustroju i obfitsze wydzielanie fosforu i wapna. Wszystkie dotycza zarówno choroby raka, jak i bladaczki.

Ostatecznym wynikiem badań autora jest mniemanie, że zmiany spostrzegane we krwi u chorych na raka, oraz stwierdzane w przemianie ich materyi, nie są wywołane przez nowotwór, jeno są skutkiem bezkrwistości ustroju i w podobnym, acz słabszym, stopniu, występują w każdej bladaczce. *M.*

Dr. Moraczewski: **Przemiana materyi w białaczce prawdziwej i wrzekomej (leukaemia i pseudoleukaemia).** (Stoffwechselversuch bei Leucaemie u. Pseudoleucaemie. *Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol. Band 150, Heft 1).*

Autor spostrzegał przemianę materyi w białaczce, u chorej, która leczono 1°) oddychaniem tlenu; 2°) pastylkami ze śledziony; 3°) chlorkiem sodowym i fosforanem wapniowym; 4°) pastylkami z gruczołu tarczykowego. Pomiędzy okresami, z których każdy trwał tydzień, zostawiano kilka dni pauzy. Obok przemiany materyi dotyczącej azotu, chloru, fosforu i wapna, oznaczano co dnia przez siedem okresów (około 40 dni) następujące składniki moczu: mocznik, zasady ksantynowe, kwas moczowy, amoniak, siarkę, azot, chlor, fosfor i wapno. Wyniki były następujące: chora zatrzymywała bardzo dużo fosforu i azotu; chlor i wapno zatrzymywane zostają w mniejszej ilości; kwasu moczowego, amoniaku, zasad ksantynowych nie wydzielała chora nadmiernie dużo. Taki stan spostrzeżono przed użyciem lekarstw.

Podawanie pastylków ze śledziony nie wpłynęło na polepszenie stanu. Ta sama apatya ustroju, ten sam brak desasymilacyi co w pierwszym okresie. Jedynie kwas moczowy został obficiej wydzielany. Wpływ ustaje po przerwaniu leczenia.

Oddychanie tlenem wpłynęło na wydzielanie soli wapiennych, które w tym okresie nie tylko zatrzymywane nie były, ale przeciwnie, tracone kosztem ustroju. Innych zmian nie stwierdzono: wpływ ustał po przerwaniu kuracyi.

Sole mineralne *(Natri chlorati, Calcar. phosphor. aa 5.0 pro die)* wywołały ogólne podniesienie przemiany materyi, wszystkie składniki wydzielane były obficiej. Chora wykazywała mniejszą ilość leukocytów. Wpływ nie ustał po przerwaniu leczenia. W następnych dniach wydzielała chora ustawicznie więcej azotu, fosforu etc., więcej niż w okresie podawania soli.

Wpływ gruczołu tarczykowego przewyższał omówiony powyżej wpływ soli. Azot wydzielany był prawie prawidłowo; chora czuła znaczne polepszenie i stan ten przetrwał leczenie o dni parę.

Ilość ciałek białych, która w początku choroby dorównywała ilości erytrocytów, podniosła się pod wpływem pastylków ze śledziony, a opadać zaczęła przy podawaniu gruczołu tarczykowego i soli.

Drugi obserwowany przypadek dotyczył chorego, który miał wszystkie objawy białaczki wrzekomej (pseudoleucaemii). Powiększone gruczoły przy prawidłowej ilości ciałek krwi. Badanie przemiany materyi wykazało nadmierne wydzielanie fosforu, przyczem inne składniki zachowały się jak w białaczce prawdziwej. W tym przypadku nie stósowano żadnej terapii.

Z badań swoich wyprowadza autor następujące wnioski: 1°) Przemiana materyi wykazuje różnice pomiędzy białaczką prawdziwą a wrzekomą tylko w zachowaniu się

fosforu; zatem fosfor może być w styczności z obecnością białych ciałek we krwi i być spotrzebowany na ich wytwarzanie; 2°) wszelkie środki rozbijające białko, jak tyroidyna, działają skutecznie; 3°) sole mineralne (chlorek sodowy i fosforan wapniowy) działają w białaczce, wbrew oczekiwaniu, przyspieszająco na przemianę materyi, kiedy w innych przypadkach te same sole wstrzymują wydzielanie azotu.

M.

V. Wyciągi.

Dr. J. Babeau: **Rozmaite rodzaje wydzielania soli wapniowych u dzieci krzywiczych i różne okresy krzywicy.** *(Gazette des Hôpitaux,* 24 Marzec, 1898). Autor badał w ciągu dwóch lat na klinice w „Hopital général de Montpellier" mocz i kał dzieci krzywiczych, w celu określenia ilości i jakości wydzielanych soli wapniowych i przyszedł do wniosków, że

I. Zniekształtnienia krzywicze w przeważnej liczbie przypadków mogą być sprowadzone do dwóch rodzajów wydzielania soli wapniowych: a) do zwiększonego wydzielania się moczem, polegającego na niedostatecznem przyswajaniu soli w tkankach kostnych i b) do zwiększonego wydzielania kałem, skutkiem niedostatecznego wsysania soli wapniowych w przewodzie pokarmowym, przyczem mocz może te sole zawierać w prawidłowej lub zwiększonej ilości.

II. Istnieją 3 okresy krzywicy: a) okres pierwotny, w którym dziecko wydziela moczem sole wapniowe w ilości zwiększonej (rachitisme par désassimilation), lub stolcem (rachitisme par défaut d'absorption). Stan ten prowadzi do b) okresu drugiego krzywicy utrwalonej (période de rachitisme constitué); c) okres trzeci cechuje się zmianami w kościach, jako dowód przebytej krzywicy u osobników, u których odżywienie wróciło do stanu prawidłowego. W tym okresie ani mocz, ani kał nie okazują zwiększonej ilości soli wapniowych.

III. Niektóre zniekształtnienia krzywicze polegają na sprawie patologicznej, która prowadzi do zgrubień i zniekształtnień kości przez zwiększenie objętości. Przyrodę i przyczynę ich ma wkrótce autor podać do publicznej wiadomości.

Dr. Bolesław Komorowski.

Dr. Goldman H.: **„Anchylostomiasis".** *(Wien. klin. Wochenschrift.* Nr. 19. 1898). Choroba ta, pierwotna w okolicach zwrotnikowych, dostała się do Europy i występuje we wszystkich kopalniach, gdzie są dostateczne warunki do rozwoju pasorzyta „anchylostomum duodenale", to jest przedewszystkiem ciepło i wilgoć.

W kopalniach węgla w Brennberg, gdzie autor jest lekarzem, zasłabł w r. 1891 górnik, u którego w klinice prof. Kahlera w Wiedniu rozpoznano „anchylostomiasis". Zjechał też na miejscu w następnym roku Zappert, który potwierdził badaniem swojem pochodzenie tej choroby. Mając sposobność spostrzegać aż 470 przypadków „anchylostomiasis", autor zdaje sprawę z tej choroby.

Objawy przypominają ciężką niedokrewność. Niektóre z przypadłości podmiotowych powtarzały się u wszystkich chorych, jak osłabienie nadzwyczajne kończyn dolnych tak, że chodzenie było niemożliwe prawie. Chorzy podawali, iż od kolan nogi mają nadzwyczaj słabe. Duszność, bicie serca, szum w uszach, ból głowy, objawy niestrawności żołądkowej również występowały u wszystkich. Najniższa liczba ciałek czerwonych w ciężkich przypadkach wynosiła 2,100.000 w mm³, stosunek białych do czerwonych 1:18, hemoglobiny w hemometrze Fleischlowym 18%. W stolcach mnóstwo jaj i samych pasorzytów; pojawienie się tych ostatnich zależało nieraz od silnie przeczyszczających środków. Krzyształy Charcot-Leydenowskie w stolcu, podawane przez niektórych autorów, jako stały składnik, nie zawsze się znajdowały.

Najlepsze leczenie osiągał autor przez podawanie tymolu (po 2 gr. na dawkę do 10 gr. na dzień w opłatkach, potem olejek rącznikowy). Santonina, tlenek miedziowy nie okazały się skutecznymi. Bardzo zaś korzystnie działał wyciąg eteryczny paproci. W następowej niedokrewności, zwykle stosowane przetwory żeleziste i arsenowe, sprowadzały szybką poprawę krwi.

Zapobiegawczo badał autor wszystkich nowych górników, przychodzących z innych kopalń i przekonał się, że zwłaszcza kopalnie węgierskie są dotknięte tęgoryjcem (anchylostomum).

Dotychczas nie wykryto gospodarza, czyli żywiciela tęgoryjca, przechowującego w sobie pośrednie stany tego pasorzyta. Autor znalazł w kale koni, używanych w kopalniach, jaja tęgoryjca i przypuszcza, że koń jest tym żywicielem, co dalsze badania autora, przy pomocy weterynarzy, mają wykazać.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

E. Deutsch: **O „symposthion".** *(Wien. m. Presse,* Nr. 19, 1898). Autor opisuje dwa przypadki zrośnięcia wewnętrznej blaszki napletka z żołędzią, które Prof. Lang nazwał powyższem mianem. Zwykle jest to wada wrodzona lub występująca po długotrwałej stulejce, a ma wielkie znaczenie w przebiegu chorób wenerycznych, gdyż powstałe skutkiem tej wady zaułki zatrzymują zazwyczaj wydzielinę i są przyczyną ciągle odnawiającego się zakażenia, szczególnie w przypadkach rzeżączki, tak, że dla wyleczenia koniecznem jest usunięcie tej choroby. Zabieg chirurgiczny jest bardzo prosty: oddzieliwszy blaszkę zrośniętą od żołędzi aż poza rowek okrężny prącia, zeszywa się szwem ciągłym wolny brzeg napletka z powierzchnią oddzieloną, poza rowkiem, a reszta powierzchni goi się przez ziarninowanie, lub, co lepiej, pokrywa się ją przyskórkiem według Thierscha, uważając jednak, aby nie nastąpiło ponowne zrośnięcie.

F. K.

Dr. Moritz Schein: **Pobudzenie wydzielania mleka przez miesienie powłok brzusznych.** *(Wiener klinische Wochenschrift Nr. 8, 1898).* Zwiększenie napływu krwi do sutków od części rodnych, drogą powłok brzusznych zapomocą miesienia musi działać korzystnie na ilość wydzielanego mleka. Metoda Scheina polega na wykonywaniu ruchów posuwających i lekko uciskających od grzebienia talerza biodrowego do sutków i wzdłuż linii białej, oburęcznie, dłonią na płask ułożoną, symetrycznie po obu stronach. Zabieg ten wykonuje on codziennie, od ½ do 1 godziny, przez kilka dni. Z tym zabiegiem łączy metodyczne głębokie oddechy i miesienie sutków bezpośrednie. Zachody te mają na celu skierowywać krew od miednicy, powłok brzusznych do skóry klatki piersiowej i do sutków.

Podczas miesienia, które można wykonać już w pierwszym dniu po porodzie, należy chronić macicę, by nie wywołać silnych kurczów, będących dla chorej nader bolesnymi. Po dokonaniu opisanego zabiegu należy zawinąć brzuch aż do wysokości przepony (na 2—12 godzin) opaską płócienną, wykonując przytem równocześnie lekki ucisk.

Dr. Bolesław Komorowski.

Petruschky: **O wydalaniu prątków durowych moczem przez ozdrowieńców z duru** *(Centrblt. f. Bact.,* XXIII. Nr. 14, 1898). Angielscy autorowie pierwsi zwrócili uwagę na wydalanie prątków durowych moczem. P. uzupełnia te doniesienia swojemi spostrzeżeniami, w których wydalenie to odbywało się w tak niezwykle wielkiej ilości, że u jednego z chorych naliczono miliony żywych prątków w jednym centymetrze sześciennym moczu. Z 50 przypadków duru brzusznego, spostrzeganych w ciągu roku 1897, stwierdzono w 3 przypadkach prątki durowe w moczu. W jednym z nich pojawiły się one bezpośrednio po krwotoku nerkowym i wtedy stwierdzano je w moczu w ciągu 2 miesięcy. W drugim przypadku pojawiły się prątki w moczu w 10 dni po ustąpieniu gorączki, bez jakichkolwiek w tym razie objawów, jak krwawienie, białkomocz. W tym przypadku stwierdzano prątki w moczu przez 10 dni. W trzecim wreszcie przy-

padku znachodziły się przez 8 dni w niezwykłej ilości prątki w moczu u chorego, w 6 dniu po ustąpieniu gorączki, również bez żadnych objawów, nawet bez śladu białka w moczu.

Nawiązując do powyższych przypadków, w których wykazywano prątki w moczu drogą bakteryologicznego badania, opowiada P. przypadek, w którym obecność prątków w moczu stwierdzono niejako drogą pośrednią. Chory durowy oddał mocz w nieobecności posługującej siostry miłosierdzia do flaszki z wina i postawił ją na stoliku obok łóżka. W kilka godzin później należało podać temu choremu wina; siostra, niewiedząc co się w flaszce mieści, spróbowała przed podaniem choremu mniemanego wina i połknęła pewną ilość niedawno oddanego moczu. Następstwem tego było, że 12 dnia zapadła na dur brzuszny.

Mając te dane przed oczyma, domaga się P., tak samo, jak tego żądali lekarze angielscy, odpowiedniego odwietrzania moczu ozdrowieńców durowych; dotychczas największy nacisk kładzie się na odwietrzanie stolców. *R.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

A. Kirstein (Berlin) zaleca do pędzlowania kłykcin sączących w jamie ustnej i w gardle wodny 5% rozczyn sublimatu, przekładając go ponad używany dotąd rozczyn lapisu. (Na oddziele Prof. Zarewicza używa się w tym samym celu od lat kilkunastu znacznie silniejszego, bo 10%, rozczynu sublimatu, ale wyskokowego; wyniki są nader pomyślne; K. nie zwrócił uwagi na to, że silne rozczyny sublimatu dają tylko wtedy dobre następstwa, gdy się ich używać umie, bo nieumiejętność lub nieostrożność w pędzelkowaniu tylko szkodę przyniesie choremu. (Przypisek referenta).
F. K.

Hydrargyrol (hydrargyroparaphenylthionat), nowy środek rtęciowy przez Gantreleta (Presse med. 1897) wprowadzony, łatwo w wodzie rozpuszczalny, nie drażniący, mniej trujący, niż inne przetwory rtęciowe, posiada ten cenny przymiot, że w rozczynach białka nie sprawia osadu, a rozczyn 1:1000 wyjaławia zupełnie. F. K.

Lobit używa w róży smarowania chorobą zajętej skóry 10% rozczynem jodolu w kleinie (kolodyum) i uważa to leczenie za poronne, gdyż w ciągu 24 godzin już sprawa chorobowa ma ustępować. (Bull. gén. d. Thér. 1898, 14). F. K.

Ekajodoform, połączenie formaliny z jodoformem, ma właściwości przeciwgnilne, a używany przez Baudeliera, oddał mu nader dobre usługi w leczeniu różnych ran, nie wywołując zadrażnienia, zmniejszając wydzielinę i powodując szybki wzrost ziarniny. (Ther. Monhf., 1898, Nr. 4) F. K.

Jodipina i Bromipina, przetwory oleju sesamowego z jodem i bromem, przedstawiają własności fizykalne olejów tłustych i zawierają, pierwsza 10% jodu, druga tyleż bromu. Winternitz wykazał na zwierzętach, że tłuszcz jodowy, użyty wewnętrznie, rozchodzi się po całym ustroju, najobficiej zaś znaleść go można w wątrobie i szpiku kostnym. Doświadczenia na chorych dowodzą, że jod w tej postaci działa tak, jak jodek potasu, ale dawki muszą być niższe. Podobne wyniki otrzymano z bromem. Zapisuje się je podług następującej formuły: Rp. Jodipini 100,0 DS. 3 razy dziennie po łyżeczce lub łyżce. Podobnie podaje się brom.
F. K.

Lieven polecił na Zjeździe w Moskwie nowy przetwór jodu, „jodterpinę“ (połączenie jodu z terpiną), zamiast nalewki jodowej, przewyższający ją większą zawartością jodu (50%). Płyn ten, zmięszany z wyjałowioną kaoliną, daje 1—20% proszek, zastępujący jodoform. F. K.

O. Lanz (Bern). „Przyczynek do sprawy przeszczepiania się brodawek“ (Corr. Bl. f. Schweiz. A. 1898, Nr. 9). Autor nabawił się brodawek na palcach w ten sposób, że usiłował przeszczepić brodawkę u chorego na otaczającą skórę, przez rozcieranie jej swoimi palcami; celu wprawdzie Lanz nie osięgnął, lecz ze względu na umiejscowienie brodawek na palcach, którymi się czas dłuższy brodawki chorego dotykał, stwierdza on za Jadassohnem możliwość przeszczepiania brodawek. F. K.

E. Schiff: „O przechodzeniu arsenu we włosy“ (Wien. kl. Woch., 1898, 22). Nie wiadomo dotychczas, czy arsen daje dobre wyniki w chorobach skórnych przez swe działanie ogólne, czy też wpływa na skórę miejscowo. Badanie włosów prawidłowych psa nie wykazało ani śladu arsenu; gdy jednak podczas podawania psu tego przetworu (od 0,5—6 mgr. na dzień) badano te włosy przyrządem Marsha, otrzymywano zawsze wynik dodatni; ilość jednak była za mała, aby ją było można oznaczyć ilościowo. Nie ulega więc wątpliwości, że podany na wewnątrz, arsen przechodzi do tworów przyskórkowych, z czego wnosićby można, że stosowany w chorobach skórnych, działa nie ogólnie, lecz na samą skórę
F. K.

Zentler poleca przy świerzbiączce (prurigo) kończyn dolnych: „Rp. Beta-naphtol 6,0 Ol. cadini, Sulf. praecip. aa 10,0, Mentol 1,0, Vaselin 100,0“. F. K.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 18 maja 1898.

Przewodniczący kol. prezes prof. Dr. Jakubowski. Obecnych członków 32. Jako goście: lekarze pułkowi: Dr. Reder i Dr. Rudner.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany i przyjęty.

I. Kol. Prezes zawiadamia, iż Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu odbędzie się stanowczo w dniu 1, 2 i 3-go sierpnia b. r.

II. Kol. Prof Obaliński przedstawił:

1) chorego po wyłuszczeniu zwoju (ganglion) Gassera sposobem Fedora Krausego, z powodu nerwobólu nerwu trojdzielnego prawego. (Rzecz ta będzie ogłoszona w „Przeglądzie lekarskim“);

2) nerkę gruźliczą, wyłuszczoną w krakowskiej klinice chirurgicznej;

3) kamyki nerkowe, wyjęte przy pomocy nefrotomii u jednego chorego, cierpiącego na kolkę nerkową.

Za sekretarza dorocznego: *Dr. Grażyński.*

Posiedzene zwyczajne dnia 1-go Czerwca 1898 r.

Przewodniczący Prezes kol. Prof. Jakubowski. Członków obecnych 23.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Prezes zawiadamia, że krakowskie Towarzystwo techniczne zaprasza członków Tow. lek. na odczyt inżyniera starszego Ingardena, mający się odbyć dnia 6/VI. Treść odczytu: »O projekcie wodociągów krakowskich«.

I. Kol. Dr. Lewkowicz przedstawił 2 chorych z kliniki chorób dzieci Prof. Dra Jakubowskiego.

1) Chłopiec 8 lat liczący, okazuje wrzekomy przerost mięśniowy (pseudohypertrophia musculorum); objawy są następujące znaczne wygięcie kręgosłupa w okolicy lędźwiowej ku przodowi i połączone z tem nachylenie nadmierne miednicy i podanie klatki piersiowej ku tyłowi; stanie i chodzenie z nogami rozstawionemi, chód kaczkowaty Przy podnoszeniu się z położenia leżącego, chory nie może czynnie wyprostować kręgosłupa, lecz spina się zapomocą kończyn górnych po kończynach dolnych, jak po drabinie. Mięśnie grzbietu i kończyn dolnych mają objętość prawidłową, lub większą; zbitość ich jednak jest mniejszą, odczynu zwyrodnienia nie okazują. Choroba ma cechę postępową i kończ się zawsze niepomyślnie. Co się tyczy czynników przyczynowych, to tu zasługują na uwagę tylko wpływy dziedziczności. coby się potwierdzało i w naszym przypadku; młodszy bowiem, 5-letni, braciszek chorego, zaczyna, według podania matki, również źle chodzić.

2) Chłopiec lat 9 liczący, cierpi na wrodzoną wadę serca (morbus caeruleus). Stwierdzamy u niego następujące objawy: sinica znacznego stopnia, pałeczkowate rozszerzenie ostatnich członków palców, łatwe popadanie w duszność, powiększenie wymiarów serca i szmer skurczowy najwyraźniejszy nad mostkiem w okolicy 3-międzyżebrza, słyszalny obok tonów, a znikający prawie zupełnie przy wzmożonej czynności serca. Objawy te odpowiadałyby najlepiej nieprawidłowemu połączeniu obu komór sercowych (defectus in septo ventriculorum), z czem często wikła się mniejszego lub większego stopnia zwężenie tętnicy płucnej. Chory pochodzi z porodu bliźniaczego, jego brat jest

zdrowy. Objawy wady serca, mianowicie sinica, rozwinęły się między 3—4 rokiem życia.

II. Następnie kol. Prof. Browicz wygłosił zapowiedziany wykład: O zjawiskach krystalizacyi komórki wątrobowej i w sprawie melaninu w nowotworach barwikowych, przyczem demonstrował odpowiednie rysunki (Rzecz przeznaczona do druku).

Nawiązując do wykładu, podaje kol. Bądzyński, iż otrzymaną od Prof. Browicza część nowotworu, o którym mowa, poddał badaniu na zawartość żelaza i znalazł 3·2% Fe (po obliczeniu na ciało suche).

Jestto ilość bardzo znaczna w porównaniu do liczb, wyrażających zawartość żelaza w narządach. Żelazo to pochodzić może tylko z rozkładu barwika krwi. Znaleziona ilość żelaza wyraża szczególnie wiele, gdy zastanowimy się, jak małą ilość tego pierwiastka zawiera hemoglobina (0·33% Fe). Z obliczenia bowiem wynika, iż ilość żelaza, znaleziona w jednym gramie ciała suchego nowotworu, równająca się około 4 grm. tkanki świeżej, odpowiada około 10 gramom hemoglobiny, a więc w tak małym kawałku tkanki mięsaka około 10 grm. hemoglobiny musiało uledz rozkładowi, ażeby wydzielić znalezioną tam ilość żelaza.

Zapatrywanie prof. Browicza znajduje przeto wymowne poparcie w wynikach oznaczenia żelaza, gdyż ten rozkład hemoglobiny musiał dostarczyć materyału do wytworzenia się melaninowego barwika.

Barwik ten zdołał K. Bądzyński wyosobnić i obserwował osobliwe zachowanie się tego związku — własność rozpuszczenia się w rozcieńczonym kwasie solnym i strącanie się przy dodaniu nadmiaru tego kwasu.

Na pytanie, czy i wiele siarki związek ten zawiera, czy siarka, która według dotychczasowego mniemania jest składnikiem melaninowych związków, nie pochodzi od obcych zanieczyszczeń, które nic wspólnego z barwikiem nie mają i co to jest za związek tak w siarkę bogaty, który melaninie towarzyszy, odpowiedzieć mają dalsze badania.

Za sekretarza dorocznego: *Dr. Grażyński.*

VIII. KORESPONDENCYE.

Paryż 15 czerwca.

Kolega Ciechanowski w doskonałej swej korespondencyi z Paryża poruszył w kilku zdaniach sprawę wyjazdu za granicę naszych młodych lekarzy. Sprawę tę uważam za bardzo ważną dla ogółu naszych lekarzy i chciałbym dla tego podkreślić, że się tak wyrażę, kilka zdań w korespondencyi kolegi Ciechanowskiego.

Wśród młodzieży uniwersyteckiej panuje to przekonanie, że chcąc zostać rzeczywiście dobrym lekarzem, potrzeba jaknajprędzej uzupełnić swoje wykształcenie w jednem z Zachodnio-europejskich ognisk. Wszystkie więc ambitniejsze jednostki marzą o tem, ażeby zaraz po skończeniu uniwersytetu wyruszyć do Wiednia, Berlina lub Paryża. Znaczna większość, z braku środków, zmuszona jest zostać w kraju i pracować w miejscowych oddziałach; inni, bogatsi, wyruszają szukać światła u wszelkiego rodzaju znakomitości lekarskich. Wśród tych ostatnich jest pewna liczba jednostek, którym właściwie nie tyle o naukę, ile o reklamę chodzi; ci celu swego zawsze dopną: osiadłszy gdzieś na prowincyi, będą mogli mówić, że „kształcili się zagranica" i na poparcie tego, opowiadać będą o wejrzeniu i zwyczajach Virchowów, Kocherów, Guyonów itp. mistrzów. Tym razem jednostki te zupełnie nas nie interesują; chodzi nam tylko o tych młodych kolegów, którzy rzeczywiście chcą się czegoś nauczyć i uczciwie pracować. Im to właśnie radziłbym uważnie przeczytać korespondencyę kol. Ciechanowskiego, która być może uchroni ich od zbyt pośpiesznego wyjazdu zagranicę.

Na zasadzie moich osobistych spostrzeżeń przyszedłem do przekonania, że lekarz, kończący swe studya uniwersyteckie, niezwłocznie za granicę wyjeżdżać nie powinien, gdyż nikt się tu nim nie zajmie. Nie mogę bowiem nazwać poważną pracą zapisanie się na jeden lub dwa sześciotygodniowe kursa, jak się to na wielką skalę praktykuje w Berlinie lub Wiedniu.

Ci, którzy rzeczywiście poważnie chcą pracować, powinni przynajmniej kilka lat przed wyjazdem spędzić na miejscowych oddziałach, inaczej nic, oprócz powierzchownych, często fałszywych nawet spostrzeżeń, zawieźć do kraju nie potrafią.

W Warszawie i Galicyi posiadamy cały szereg ludzi, którzy, co do znajomości przedmiotu, ani o włos największym powagom zagranicznym nie ustępują. Dla czegoż więc nie korzystać z ich kierownictwa i chętnie udzielanej pomocy, a cisnąć się koło zagranicznych wielkości, które wcale nie interesują się osobami, stojącemi poza kliniką? Jeżeli w Warszawie, skutkiem uciążliwych warunków, nie zawsze można zadośćuczynić swoim życzeniom, to młodzi nasi lekarze, zamiast zagranicę, powinni jechać do Krakowa i Lwowa, gdzie prawie zawsze znajdą możność gruntownej i poważnej pracy. Niech będą przekonani, że na żadnej zagranicznej klinice nie nauczą się chirurgii tyle co na klinice lwowskiej lub krakowskiej.

Nie chcę bynajmniej twierdzić, że wyjeżdżać za granicę nie warto. Przeciwnie, poznawszy gruntownie dany dział, dobrze jest zobaczyć jakie metody i zwyczaje panują u obcych; lecz powinno to być uzupełnieniem, nie zaś podstawą lekarskiego wykształcenia. *Bolesław Motz.*

IX. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka

Prof. Dr. Cybulski: **W sprawie reformy aptekarstwa w Austryi.** *(Ruch Społeczny*, Nr. 11, 1898).

Współczesne potrzeby ekonomiczne i humanitarne wymagają przeobrażenia się i przystosowania we wszystkich gałęziach gospodarki społecznej. Zasobność kraju jest w prostym stosunku do wytwórczej pracy ludności; do zadań więc państwa należy troska, ażeby do owocnej pracy było jak najwięcej uzdolnionych jednostek.

Wśród czynników, ubezpieczających zdrowie społeczne, aptekarstwo ciągle jeszcze ma wybitne znaczenie; to spowodowało autora do przejrzenia warunków, na których opiera się prawny byt aptek i rozejrzenia się, czy nie należałoby stósownie do potrzeb czasu, poczynić zmiany w prawnych, zwyczajowych i obrotowych warunkach dzisiejszych aptek, harmonijnie z temi reformami, które rząd i społeczeństwo zaprowadza w innych gałęziach gospodarki państwowej.

„Wadliwość dzisiejszej organizacyi aptekarstwa pochodzi ztąd, powiada prof. Cybulski, że z jednej strony, wskutek pewnego zagmatwania w ustawodawstwie, z drugiej, wskutek pewnego rodzaju protegowania przez państwo tego zawodu, apteki stały się rodzajem fideikomisów, albo tak zw. ordynacyj, przechodzących z ojca na syna, wydzierżawianych i sprzedawanych". Ta okoliczność, wraz z ograniczeniem liczby aptek, spowodowały takie stosunki w aptekarstwie, że wszelkie leki, które nabywa się w aptece, muszą być kilka lub kilkanaście razy droższe, niż są w rzeczywistości i, wskutek tego, stają się niedostępne dla znacznej części ludności.

Podług obecnych ustaw apteki w Austryi dzielą się na: 1) apteki realne, 2) personalne i 3) domowe, szpitalne, filialne. Apteki realne są własnością na równi z każdą inną i prawo ich nigdy nie wygasa; dzielą się one na tak zw. a) Realradizierte, stanowiące radykalną część domu, są własnością hipoteczną, objęte księgami gruntowemi, reprezentują więc wartość hipoteczną i mogą być sprzedawane każdemu, kto życzy kupić; b) druga kategorya aptek realnych może być także przedmiotem sprzedaży, lecz tylko zawodowcom. Apteki tej kategoryi nie posiadają wartości hipotecznej.

Tak zw. apteki personalne są otwierane na mocy osobistej koncesyi, nadają się tylko ukwalifikowanym i tylko na przeciąg życia. Zaprowadzono je w Austryi w roku 1824, w Galicyi zaś w r. 1843. Apteki personalne miały zastąpić realne. W r. 1861 podporządkowano apteki pod paragrafy 58 i 59 ustawy przemysłowej. Owoż w myśl tych paragrafów właściciel koncesyi na aptekę personalną uzyskuje prawo do jej odprzedania na równi z każdym innym warsztatem. Te i następne rozporządzenia zasadniczo zmieniły myśl pierwotnej ustawy, która dążyła do zastąpienia aptek realnych

personalnemi: obecnie wszystkie apteki de facto są realne, gdyż w praktyce znikła między niemi wszelka różnica.

Jeżeli teraz uwzględnimy, że liczba koncesyj jest ograniczoną, a uzyskanie nowej koncesyi jest połączone z wielką trudnością, to zrozumiemy dla czego wartość aptek doszła do 56 i 60 tysięcy. Zatem społeczeństwo, kupując lekarstwa w aptece, musi opłacać nie tylko pracę, materyał, lecz i odsetek od włożonego kapitału, co oczywiście musi podnosić taksę za lekarstwa. Niemniej staje się jasnem, dlaczego właściciele aptek, którzy zaangażowali znaczny kapitał, tak zawzięcie zwalczają wszelkie starania o uzyskanie koncesyi na nową aptekę. Zasadnicza ustawa określa, ażeby jedna apteka przypadała na 3 do 4 tysięcy mieszkańców; tymczasem w Austryi przeciętnie przypada 1 apteka na 17,000, w Galicyi — na 25,634, a jeśli wyłączymy Lwów i Kraków — na 28,266 mieszkańców.

Wobec tych wyjaśnień, które nam tłómaczą dobitnie dla czego lekarstwa muszą być drogie, zapytuje prof. Cybulski, czy takie zjawisko w zorganizowanem społeczeństwie można nazwać prawidłowem? na cenę autor wreszcie zgodziłby się, gdyby ta przynajmniej dawała rękojmię dobroci lekarstw, lecz pomimo takich przywilejów apteki i pod tym względem pozostawiają wiele do życzenia.

W dalszym ciągu swej rozprawy pisze prof. Cybulski, że w krajach, w których liczba aptek nie jest ograniczoną, a w zawodzie tym panuje swobodne współubieganie się, ani jeden głos nie odezwał się za powrotem do poprzedniego porządku: pod każdym względem nie dzieje się tam gorzej od chwili, w której podniesiono poziom wykształcenia zawodowego i naukowego aptekarzy i wydano szereg zarządzeń, normujących zawód aptekarski w praktyce.

Autor zwraca uwagę w dalszym ciągu na obecne przeobrażenie pojęć w dziedzinie terapii, co ma bezpośredni związek z zakresem działania aptekarza. Wobec faktu, że w naszych czasach wyrób materyałów aptecznych przeważnie przejęły na siebie fabryki, surowice zaś przyrządzają się w specyalnych zakładach naukowych; dalej, że wielka liczba lekarstw, już odważonych, przyrządza się w kapsułkach, perełkach, gniecionych kołaczykach i t. d., czynna rola aptekarza prawie w całości zamieniła się na ekspedycyjną, potrzeba reformy w tej gałęzi i przeobrażenia zadań stanowiska aptekarskiego, narzucają się same przez się.

Gdy więc państwo dąży i dążyć musi do jak największego rozszerzenia zakładów szpitalnych; skoro dzisiejszy kierunek terapii wymaga nie tylko dozoru, ale i gwarancyi rządowej dla środków, które sprzedaje apteka, co wszystko pociągać będzie za sobą wielkie nakłady pieniężne, prof. Cybulski sądzi, że państwo „niema racyi opłacać pośredników“, może i powinno zastąpić ich swoimi fukcyonaryuszami i dochodzi do wniosku, „że jedyną racyonalną reformą aptekarstwa byłoby upaństwowienie aptek, albo, jak n. p. w Austryi, przejęcie aptek pod zarząd poszczególnych krajów“.

Kapitał, wyłożony na wykup już istniejących koncesyj i zaprowadzenie nowej organizacyi sprzedaży leków, z biegiem czasu znakomicieby się wypłacił, a jednocześnie przyniósłby tak doniosłą korzyść społeczeństwu, jak potanienie lekarstw. Upaństwowienie aptek musiałoby pociągnąć za sobą rozwój krajowego przemysłu chemicznego, wobec tak pewnego i poważnego odbiorcy, jakim byłby kraj,

Ponieważ odpowiedzialność kierownika apteki nowego typu byłaby wielką, należy, według autora, znacznie podnieść wymagania od aptekarzy pod względem wykształcenia naukowego i zawodowego, które powinno dosięgnąć stopnia uniwersyteckiego. Prof. C. podaje szczegółowe wskazówki, według których należałoby przeprowadzić zaprowadzenie tego wydziału farmaceutycznego.

„Z chwilą, gdy apteki stałyby się instytucyami krajowemi lub państwowemi, a aptekarze tylko funkcyonaryuszami, niemającymi osobistego interesu, gdy dostawcą wszelkich środków byłby również kraj lub państwo, nie przedstawiałoby również interesu ani fałszowanie środków, ani sprzedawanie ich powyżej ustanowionej taksy. Ustałaby kurfuszerka aptekarska, sprzedaż takich środków, jak komarowe sadło, a sądzę, że przy odpowiednich instrukcyach, przy odpowiedniej fachowej organizacyi i kontroli, wobec wyższego wykształcenia samych panów aptekarzy, nadużycia nie byłyby częstsze, aniżeli w innych przedsiębiorstwach, nieraz o wiele większych, które kraj lub państwo już obecnie na siebie prowadzi“.

Przytaczamy ten końcowy ustęp w całości, gdyż streszcza on wszystkie korzyści, jakich się autor spodziewa po zaprowadzeniu proponowanej przez niego reformy.

Sprawa, poruszona przez prof. Cybulskiego jest bez zaprzeczenia wielkiej wagi i żywcem wchodzi w zakres tych usiłowań społecznych, do których zmierza nowoczesne państwo. Wprawdzie o wartości każdej proponowanej reformy rozstrzyga doświadczenie; lecz analogia z innemi instytucyami upaństwionemi daje rękojmię wykonalności upaństwowienia aptekarstwa. Uczynić ceny leków tańszemi, ubezpieczyć dobroć przetworów aptecznych, podnieść stopień naukowego i zawodowego wykształcenia aptekarzy, rozszerzyć zakres działania aptekarza, jako znawcy chemika, to zarys reformy doniosłej, której znaczenia nie zachwieją pozorne trudności, gdyż czyni ona zadość zamiarom państwa, usiłowaniom społeczeństwa i potrzebie zawodu aptekarskiego. A. K.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 7 Lipca.

Otrzymaliśmy z Poznania list następującej treści:

„Komitet gospodarczy VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu podaje niniejszem do wiadomości, że wczoraj, dnia 4-go b. m., otrzymał z Królewskiego prezydyum pismo następujące:

„Euer Hochwohlgeboren theile ich ergebenst mit, dass aus allgemeinen polizeilichen Gründen die Theilnahme von Ausländern am dem bevorstehenden Congresse polnischer Aerzte und Naturforscher unzulässig erscheint und dass ich deshalb alle Ausländer, welche sich zu demselbem einfinden sollten, im Wege polizeilichen Zwanges des Landes verweisen würde.

Ich stelle hiernach weitere Veranlassung dem Ermessen des Comitees ergebenst anheim“.

(gez.). v. *Hellmann.*

„Wobec powyższego urzędowego komunikatu Komitet Gospodarczy VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, zawiadamia wszystkich interesowanych, że Zjazd, naznaczony na dzień 1, 2, 3 i 4 Sierpnia r. b. odbyć się nie może.

Dr. Święcicki. przewodniczący. *Dr. Jaruntowski*, generalny sekretarz.

* Dwa razy trzeba przeczytać powyżej przytoczone rozporządzenie władzy pruskiej, ażeby uwierzyć, że taki zakaz w czasie pokoju może być wydany, że może on istnieć w stuleciu, które, ku swemu schyłkowi, otoczyło szczególną opieką sprawy zdrowia publicznego, a zbiorowym zabiegom ludzi nauki udziela życzliwego poparcia.

W roku 1884 odbył się podobny Zjazd w Poznaniu: władza pruska dowodnie wonczas przekonała się, że lekarze i przyrodnicy polscy, bez wszelkiego zastrzeżenia ze strony rządu, przestrzegali ściśle naukowego kierunku rozpraw i ani jednym czynem lub słowem nie nadużyli gościnności, nie przekroczyli wyłącznie naukowych granic Zjazdu.

Wszak rząd pruski dobrze wiedział z programu zjazdowego i z ogłoszonych tematów blizko 300 odczytów, że poza nauką i na VIII-mym Zjeździe nie może być pola dla innych celów, a stanowisko i wykształcenie ludzi, mających wziąść udział w tym Zjeździe, mogło stanowić poniekąd rękojmię zoryentowania się ich w położeniu i taktownego przystosowania się do ustaw i nieszczególnych stosunków, które zapanowały w Wielkopolsce pod wpływem niesnasek rasowych. Nad domniemanemi przyczynami, które skłoniły rząd pruski do kroku, urągającego wszelkiemu prawu, nie będziemy zastanawiać się w tygodniku, poświęconym wiedzy: sądzimy jednak, że rozporządzenie prezydenta rządu w Poznaniu, zabraniające lekarzom polskim dwóch innych zaborów wzięcia udziału w Zjeździe poznańskim, jest aktem samowoli międzynarodowej, dziełem siły i przemocy, a nie prawa, słuszności lub istotnej potrzeby.

* Już tylko z obowiązku kronikarskiego podajemy dalszy spis odczytów, zapowiedzianych na niedoszły Zjazd poznański:

237) Dr. Borysowicz z Warszawy: „Wskazania do zewnątrzotrzewnowego traktowania szypuły, pozostałej po nadpochwowem odjęciu ciała macicy, wobec nowych zabiegów operacyjnych, stosowanych przy mięśniakach macicy. Sączkowanie tej szypuły, jako sposób przyspieszający zabliźnienie się rany brzusznej“. 238) Tenże: „Płatowe rozszerzenie zwężonego kanału szyi i ujścia wewnętrznego macicy“. 239) Tenże: Demonstracya preparatów. 240) Dr. Sterling z Łodzi: „Do etyologii tak zw. *strophulus infantum*“. 241) Dr. Krusche z Łodzi: „O zastosowaniu guzika Murphyego“. 242) Dr. Markowski z Łodzi: Temat zastrzeżony. 243)

Dr. Černy z Pragi: „O nowem leczeniu raka“. 244) O niedrożności jelit“: Referent prof. Dr. Obaliński z Krakowa, koreferent Dr. Skłodowski z Warszawy. 245) Prof. Dr. Jan Roszkowski z Fryburga: Temat zastrzeżony. 246) Dr. Garsztka z Bydgoszczy: „O wpływie influency na kiłę“. 247) Dr. Teofil Stachiewicz ze Lwowa: „O zapobieganiu gruźlicy płuc“. 248) Dr. F. Szymański: „Obecny stan nauki o odżywianiu się roślin uprawnych“. 249) Dr. Edward Trzciński (syn): „O wpływie lasów na klimat“. 150) Dr. Witosław Dąbrowski z Warszawy: „W kwestyi udzielania się tyfusu brzusznego od chorych“. 251) Dr. Staniszewski Władysław z Warszawy: „Przyczynek do zarośnięcia próżni macicy połogowej“. 252) Pan J. Morozewicz z Warszawy: Temat zastrzeżony z nauk mineralogicznych. 253) Pan J. Sosnowski z Warszawy: „Przyczynek do znajomości anatomii i fizyologii jądra u wymoczków“. 244) Prof. Br. Znatowicz z Warszawy: „Działanie azotanu srebra ($AgNO_3$) na pochodne haloidowe węglowodorów aromatycznych. 255) Tenże: „Notatki z praktyki chemicznej“. 256) Dr. J. Wiczkowski ze Lwowa: Temat zastrzeżony. 257) Dr Obtułowicz ze Lwowa: „Kilka uwag o urazach czaszki pod względem sądowo-lekarskim“. 258) Dr. Pomorski z Poznania: „Odcięcie główki (decapitatio) z podaniem nowego sposobu“. 259) Tenże: „Macica dwurożna, pochwa podwójna, po ciąży przed 8 laty, z okazem preparatu anatomicznego“. 260) Tenże: „Ciąża zamaciczna“. 261) „Ostateczne ujednostajnienie wyrazownictwa lekarskiego“, referenci: Dr. A. Kwaśnicki z Krakowa, Dr. Stanisław Kramsztyk z Warszawy. 262) „Sprawa błędów językowych“; referent Dr. Stanisław Markiewicz z Warszawy. 263) „Sprawa polemik“, ref. Dr. Szumlański z Warszawy. 264) „Zorganizowanie działu korespondencyj we wszystkich czasopismach“, ref. Dr. Szumlański z Warszawy. 265) „Stworzenie zbiorowych sprawozdań ze zjazdów zawodowych za granicą i w kraju“, ref. Dr. Rychliński z Warszawy. 266) „Organizacya sprawozdań dla prasy zagranicznej“, referent Dr. Rychliński z Warszawy. 267) „Sprawa poparcia polskich miesięczników i kwartalników“, ref. Dr. Janowski z Warszawy lub jego zastępca. 268) „Sprawa rozszerzenia koła czytelników istniejących już czasopism“, ref. Dr. Janowski z Warszawy, lub jego zastępca. 269) Sprawa nowych czasopism“, ref. Dr. Janowski z Warszawy, lub jego zastępca. 270) Dr. Henryk Kowalski z Tarnowa: „O wpływie zwiększonej alkaliczności krwi na oddziaływanie moczu i wydzielanie białka w albuminuryi“.

* Namiestnik zamianował lekarza powiatowego, Dra Włodzimierza Szczepańskiego, w Ropczycach lekarzem powiatowym IX klasy rangi, a asystenta sanitarnego, Dra Karola Gołębiowskiego, koncepistą sanitarnym.

* Prof. R. Koch, po powrocie z południowej Afryki, miał nader zajmujący odczyt w Berlinie. Wyłuszczył on swoje poglądy na zimnicę i zdeklarował się zwolennikiem teoryi, która przypisuje komarom (moskity) rolę roznosicieli zarazka zimnicy. Według Kocha istnieje między zakażeniem zimniczem a gorączką w Teksas powinowactwo pochodzenia. Gorączka teksaska jest swoistem cierpieniem bydła, szerzy się za pośrednictwem kleszcza (ixodus) i powiodło się Kochowi wywołać rzeczoną chorobę u sztuk zdrowych przez wszczepienie kleszcza z bydlęcia chorego. Prócz tego Koch sądzi, że osiągnął uodpornienie bydła od gorączki teksaskiej, zapomocą szczepienia jaj kleszcza, złożonych na bydlęciu chorem. Ten uodporniający pomysł Kocha otwiera nowe widnokręgi dla terapii.

Komary miałyby, według Kocha, odgrywać tę samą rolę w szerzeniu się w zimnicy u ludzi, co kleszcze w roznoszeniu gorączki teksaskiej u bydła. Komary zawsze są obficie tam, gdzie panuje zimnica i Koch stwierdził brak zimnicy w jednej miejscowości, w której właśnie nie było komarów, a natomiast istniały wszystkie inne warunki do panowania zimnicy.

Wynalezienie sztucznej odporności przeciw zimnicy ludzkiej nie wydaje się Kochowi rzeczą niemożebną. Niektórzy z krajowców są naturalnie odporni. Istnieje uzasadnione spostrzeżenie, że ludzie, którzy stopniowo pozbyli się zimnicy, bez pomocy chininy, nabywali na tej drodze odporności na resztę życia. Godzi się więc przypuścić drogą logicznego rozumowania, że i sztuczne uodpornianie przeciw zimnicy znaleźć się może.

Gdy jednak od przypuszczenia do rzeczywistości przestrzeń wielka, jest rzeczą niezbędną, powiada Koch, ażeby do krajów zimniczych udali się biegli bakteryolodzy, a to w celu czynienia dalszych poszukiwań na miejscu.

* W dniu 21 maja panowała w Galicyi ospa w 27 powiatach i 95 gminach; dur brzuszny — w 26 powiatach i 61 gminach.

* Powszechne skargi na nieczytelność recept podały myśl lekarzom amerykańskim posługiwania się pismem maszynowem systemu Remingtona. Fabryka Remingtona przygotowuje obecnie dla lekarzy specyalne maszyny, zaopatrzone we wszelkie, wymagane przez recepturę, znaki i skrócenia.

Mianowani: profesorami zwyczajnymi: Czirwiński w Dorpacie, Kołossow w Warszawie.

Nekrologia. Dr. Władysław Ostrowski, lat 63, zmarł w Rudzie Guzowskiej. Dr. Jan Nerlowski, lat 30, warszawianin, zmarł w Biznec na Morawach.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Kronice lekarskiej* Nr. 12: Dr. Dziewiszka B.: Dwa przypadki rozsianego zapalenia nerwów W *Medycynie* Nr. 27: Dra Michelisa A.: Rana cięta czaszki, zadana siekierą; rozłupanie kości czołowej, częściowe wypadnięcie mózgu przez ranę kostną: następstwa tego obrażenia. Dra Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu*. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 27: Dra Nartowskiego M.: Dwa przypadki „Asthma uterinum“. Stróżewskiego K.: Syfilis dziedziczny, jako przyczyna chorób nerwowych.

Redakcya otrzymała:

— Doc. J. Nowak: Etude experimentale des alterations histologiques produites dans l'organisme par les venins des serpents venimeux et des scorpions (odbitka). Paryż, 1898.

— Dr. Wolfrom: Einiges über Silber und Silbersalze (odbitka). Wiedeń, 1898.

— Dr. Langie A.: Un cas de traunatisme grave de l'oeil gauche (odbitka). Paryż, 1898.

— Dr. T. Wasylewski: Sprawozdanie c. k. lekarza powiatowego w Rohatynie o stosunkach zdrowotnych w powiecie w r. 1897. Lwów, 1898.

— Dr. Alfred Sokołowski: O stosunku cierpień narządów wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych. (Odczyty kliniczne) Warszawa, 1898.

— Prof. E. Ludwig i Dr. V. Ludwig: Die Eisensäuerlinge von Johannisbrunn in Schlesien (odbitka). Wiedeń, 1898.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 13-go b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum“ (sala Śniadeckich) posiedzenie nadzwyczajne. Na porządku dziennym: Sprawa niedoszłego VIII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Liczny udział członków na tem posiedzeniu jest wielce pożądany.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURS.

Wskutek rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 29 marca 1898 l. 17766, rozpisuje się konkurs na posadę lekarza okręgowego dla okręgu sanitarnego w Dąbrowicy (powiatu gródeckiego), który obejmować będzie następujące gminy i obszary dworskie: 1. Dąbrowica, 2 Wiszenka, 3. Walddorf, 4. Majdan, 5. Wereszyca, 6. Rokitno, 7. Łozina, 8. Jaśniska, 9. Stawki — czyli razem dziewięć miejscowości na obszarze 23.270 hektarów z ilością 11294 mieszkańców.

Siedzibą lekarza okręgowego będzie Dąbrowica.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym, a mianowicie §. 14 rozporządzenia wykonawczego do ustawy z 2 lutego 1891 Dz. ust. i rozp. kraj. Nr. 82 Cz. XXII.

Tenże obowiązanym będzie utrzymywać aptekę domową.

Dla lekarza okręgowego w Dąbrowicy wyznaczona została płaca roczna 600 złr. w. a. i ryczałt na koszta podróży służbowych w rocznej kwocie 400 złr.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać, iż posiadają następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego.
2) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
3) Nieskazitelny charakter.
4) Znajomość obu języków krajowych.
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.
6) Dostateczną fizyczną zdolność.

Należycie udokumentowane podania winne być wniesione do Wydziału powiatowego w Gródku najpóźniej do dnia 31 lipca 1898.

Z Wydziału Rady powiatowej
w Gródku, dnia 8 czerwca 1898. 134—3—2